



Herzlich willkommen in unserer Praxis

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst werden kann, bitten wir um die Beantwortung nachfolgender Fragen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und DSGVO!

Name: _____ **Vorname:** _____
Geb. Datum: _____ **Beruf:** _____
Strasse: _____ **Arbeitgeber:** _____
PLZ, Ort: _____ **Telefon:** _____
E-Mail: _____ **Handy:** _____

Krankenkasse / Versicherung: _____ (zutreffendes bitte ankreuzen:)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mitglied | <input type="checkbox"/> Privat versichert | ➔ | <input type="checkbox"/> Nur Basistarif |
| <input type="checkbox"/> Familienversichert | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | | |
| <input type="checkbox"/> Rentner | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt | | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung |

Bei Familienversicherung abweichende Angaben des Versicherten / Zahlungspflichtigen:

Name: _____ **Vorname:** _____
Geb. Datum: _____ **Telefon:** _____
Ges. Betreuer: _____ **Handy:** _____

Falls gesetzlicher Betreuer ➔ Behandlungsauftrag

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns? Internet Bewertungsportal Jameda
 persönliche Empfehlung

Welche Behandlungsnotwendigkeit sehen Sie? _____

Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen / Zahnbeschwerden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wünschen Sie eine Behandlung unter Narkose oder Dämmerschlaf? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wünschen Sie eine ausführliche Beratung über:

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Parodontal-Behandlung | <input type="checkbox"/> | Hochwertigen Zahnersatz | <input type="checkbox"/> |
| Kiefergelenk-Behandlung | <input type="checkbox"/> | Implantate | <input type="checkbox"/> |
| Amalgam-Ausleitung | <input type="checkbox"/> | Bleaching / Bleichen von Zähnen | <input type="checkbox"/> |
| Ästhetische Zahnheilkunde | <input type="checkbox"/> | Invisalign Zahnkorrektur | <input type="checkbox"/> |
| Zahnfarbene Keramikinlays | <input type="checkbox"/> | Schnarcherschiene | <input type="checkbox"/> |

Medizinische Befunderhebung (zutreffendes bitte ankreuzen:)

- Haben Sie Allergien? nein ja Wenn ja, welche? _____
Nehmen Sie Medikamente? nein ja Wenn ja, welche? _____
Rauchen Sie? nein ja Wenn ja, wieviel? 1-5 Zigaretten mehr als 5 Zigaretten

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankung (zutreffendes bitte ankreuzen:)

- | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> | Kreislaufkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | Blutungsneigung / Marcumar | <input type="checkbox"/> |
| Immunschwäche (HIV+) | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | Rheuma | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Epilepsie | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | Einnahme Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> |
| Blutdruck <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal | | Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> Monat ____ |

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung des Kopfbereiches: _____

Bitte wenden!

Sonstiges: _____

Ihr Hausarzt: _____

Bestellsystem

Um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen, behandeln wir nach verbindlich vorgemerkten Terminen. Erscheinen Sie deshalb bitte pünktlich zu dem für Sie reservierten Zeitpunkt - auch wir werden bemüht sein, diesen einzuhalten. Wir sind bestrebt die Behandlungen ohne Zeitdruck durchzuführen. Sollten sich dennoch Verzögerungen ergeben, haben Sie bitte Verständnis dafür, dass sich der Zeitaufwand für zahnärztliche Behandlungen nur bedingt vorausplanen lässt.

Terminversäumnisse

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Wir bitten Sie, reservierte Termine, die aus gesundheitlichen oder beruflichen wie persönlichen Gründen nicht eingehalten werden können, rechtzeitig abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis, wenn wir Ihnen für nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, eine Rechnung in Höhe der Ausfallzeit, je angefangene Stunde von € 50,- bis € 600,-, stellen werden. Falls Sie uns nicht persönlich erreichen sollten, haben Sie die Möglichkeit, uns eine Nachricht auf unserem Anrufbeantworter zu hinterlassen oder eine E-Mail zu senden.

Zur besonderen Beachtung

Anästhesiemittel (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit grundsätzlich beeinträchtigen. Bitte stellen Sie sich bei Ihren Behandlungsterminen darauf ein.

Prophylaxe - in aller Munde!

Sie können in unserer Praxis ein individuelles Prophylaxeprogramm in Anspruch nehmen, abgestimmt auf Ihren Zahnzustand und der Kariesanfälligkeit. Diese Leistungen sind Privatleistungen und werden nur zum Teil von den gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Über die Kosten werden Sie entsprechend informiert.

Wünschen Sie darüber ausführlichere Informationen?

ja

Informationen zur aktuellen Datenschutz Grundverordnung:

Ihre Daten werden in unserer Praxis nach der DSGVO erhoben und behandelt. Unser Qualitätsmanagement verpflichtet uns seit über 10 Jahren zu einer strengen Handhabung unserer Behandlungsabläufe und Umgang mit Ihren Informationen und Gesundheitsdaten. Zur Erzielung Ihres Behandlungserfolges und Erfüllung unseres Behandlungsvertrages ist es möglich, dass Daten an Dritte weitergegeben werden müssen, das sind z. B. Labore der Zahntechnik oder für Untersuchungszwecke, ferner Ärzte, mit welchen wir auf Ihren Wunsch zusammenarbeiten, Zahlungsverkehr elektronisch sowie über ein Abrechnungszentrum mit Teilzahlungsoption. Weitere Stellen sind unsere Dienstleister der IT, Software der Datenverarbeitung für Leistungsdokumentation sowie Kassenzahnärztliche Vereinigung und Ihre gesetzliche Krankenkasse. Eine Liste der in Ihrem Interesse mitwirkenden Unternehmen und deren Anschrift hängt im Eingangsbereich der Praxis.

Haben Sie uns Ihre E-Mail Adresse und oder Handynummer genannt, gehen wir von Ihrem Einverständnis zu einem Austausch über jene Kommunikationswege aus.

Jederzeit können Sie diese und auch die Datenverarbeitung mit anderen Stellen widerrufen.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und bitten Sie, uns jegliche Änderungen umgehend mitzuteilen.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

(Patient / Erziehungsberechtigter)